

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925. — N° 94

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES LÉSIONS TRAUMATIQUES
DES MÉNISQUES ARTICULAIRES
DU GENOU

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 19 Juin 1925

PAR

Gabriel-Robert-Gustave PÉRIÉ

Né à Cahors (Lot), le 14 Mai 1895

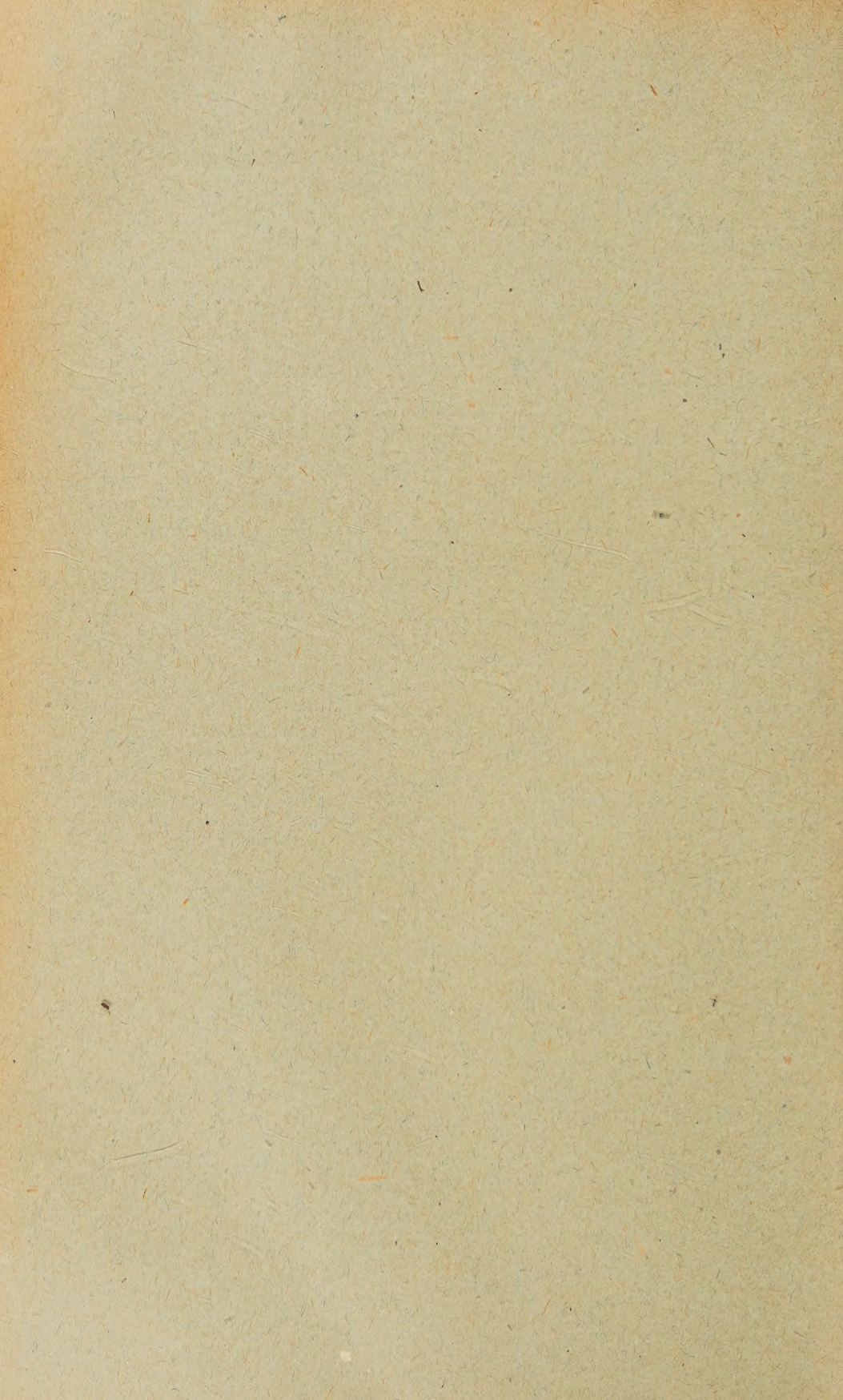
Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.	Président.
		CRUCHET, professeur.	Juges.
		DUPÉRIÉ, agrégé.	
		JEANNENEY, agrégé.	

CAHORS

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE A. COUESLANT

(Personnel intéressé)

1925



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925. — N° 94

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES LÉSIONS TRAUMATIQUES
DES MÉNISQUES ARTICULAIRES
DU GENOU

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 19 Juin 1925

PAR

Gabriel-Robert-Gustave PÉRIÉ

Né à Cahors (Lot), le 14 Mai 1895

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.	{	Président.
		CRUCHET, professeur.		Juges.
		DUPÉRIÉ, agrégé.		
		JEANNENEY, agrégé.		

CAHORS

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE A. COUESLANT

(Personnel intéressé)

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS :

MM.	MM.		
Clinique médicale.....	VERGER.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.	CASSAËT.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
id.	BÉGOUIN.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Chimie biologique et médicale....	DENGIÈS.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.....	LE DANTEC.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Anatomie générale et histologie....	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..	MOURE.
Médecine légale et déontologie....	LANDE.	Toxicologie et hygiène appliquée...	BARTHE.
Physique biologique et clinique d'électricité médicale.....	N.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Chimie.....	CHELLE.		
Botanique et matière médicale....	BEILLE.		
Pharmacie.....	DUPOUY.		
Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.		
Médecine expérimentale.....	FERRÉ.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGREGES EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie et embryologie	VILLEMIN.	Médecine générale	MICHELEAU.
Histologie	LACOSTE.	id.	BONNIN.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique	MURATET.	Chirurgie générale	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.	R. SIGALAS.	id.	JEANNENEY.
id.	N.	id.	N.
Physique biologique et médicale . .	RECHOU.	id.	N.
Chimie biologique et médicale . . .	N.	Obstétrique	PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	id.	FAUGÈRE.
id.	LEURET.	Ophtalmologie	TEULIÈRES.
id.	DUPÉRIÉ.	Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
id.	GREYX.	Pharmacie	GOLSE.

COURS COMPLEMENTAIRES :

MM.		MM.	
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations	
Médecine opératoire.....	PAPIN.	pharmaceutiques.....	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie minérale.....	GOLSE.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.		
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes..			MM. ROCHER.
Pathologie externe (4 ^e année) et petite chirurgie.....			CHARRIER.
Pathologie externe (3 ^e année) et petite chirurgie.....			LOUBAT.
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA MERE, A MON PÈRE

*En témoignage de ma reconnaissance infinie
et de ma très profonde affection.*

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN YVES GRANGE

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A TOUS MES PARENTS ET AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AU DOCTEUR E. BÉNECH

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*En témoignage respectueux de ma très vive
gratitude pour l'intérêt si affectueux qu'il m'a
porté au cours de mes études.*

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉGOUIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qu'il me soit permis de vous remercier ici, cher maître, du très grand honneur que vous me faites en acceptant la présidence de cette thèse. Vous avez toujours eu pour moi tant de bienveillante sympathie depuis le début de mes études que je saisis avec bonheur l'occasion qui m'est offerte aujourd'hui de vous exprimer ma bien vive reconnaissance. Au cours de ma carrière médicale je n'oublierai jamais le maître distingué dont j'ai si vivement apprécié l'enseignement.

INTRODUCTION

« Au-dessus de la guerre il y a la paix,
au-dessus de la chirurgie il y a la
science qui nous en délivrera (1). »

Comme nous le laissait entendre le professeur Bégouin dans une de ses leçons magistrales, la chirurgie n'est qu'un pis-aller. L'instinct naturel s'insurge contre le bistouri qui va couper des tissus vivants, et l'on voit encore des malades arriérés ou pusillanimes refuser l'intervention chirurgicale qui seule pourrait leur sauver la vie !

La science recherche donc tous les jours des moyens de traitement plus parfaits, moins traumatisants et plus conformes à l'évolution normale de notre organisme. Il est évident que le sérum antidiphthérique, par exemple, ne saurait être mis en parallèle avec la trachéotomie. Bien des maladies sont aujourd'hui évitées grâce aux découvertes bactériologiques et aux progrès de l'hygiène. Mais hélas, si l'on avance tous les jours un peu dans ce sens idéal, le domaine de la pathologie est immense, et, à l'heure actuelle, il ne viendrait à l'esprit de personne de nier la valeur de la thérapeutique chirurgicale. Bien lointain semble le jour où l'on pourra s'en passer. Dans un très grand nombre de cas, aucun autre moyen de traitement ne peut remplacer l'action du chirurgien, et elle est souvent la seule ressource pour guérir ou soulager. Et en attendant mieux, on ne peut qu'être rempli d'admiration

(1) Maréchal FOCH, Professeur J.-L. FAURE.

devant les progrès rapides et sûrs de cette technique toute moderne dont les bienfaits sont considérables.

La perfection de l'anesthésie, la rigueur de l'asepsie chaque jour mieux réglée permettent aujourd'hui aux interventions les plus audacieuses d'entrer dans la pratique courante.

A côté de la brillante chirurgie viscérale, les membres n'ont pas été négligés et grâce à de nombreux travaux les chirurgiens sont arrivés à de bons résultats.

Dans les pages qui vont suivre nous allons essayer d'exposer une petite partie de la chirurgie articulaire. Nous voudrions contribuer, par ce modeste travail, à l'étude du traitement chirurgical des lésions traumatiques des ménisques articulaires du genou.

Au fur et à mesure qu'elles se différenciaient cliniquement du groupe un peu vaste et un peu obscur des entorses du genou, les lésions des ménisques ont entraîné une Thérapeutique chirurgicale.

Après avoir consacré une partie de notre exposé à l'anatomie normale et pathologique de ces organes mi-fibreux, mi-cartilagineux que sont les ménisques du genou, nous étudierons la symptomatologie et le diagnostic de leur luxation et de leur fracture. Puis nous insisterons sur le traitement à opposer à ces accidents. Après avoir passé en revue les divers types d'interventions, nous décrirons le procédé qui nous semble le meilleur, lorsqu'il s'agira d'enlever le ménisque malade, à savoir celui que viennent de régler tout récemment les Docteurs Lasserre et Radoïevitch.

Ce sont eux qui nous ont inspiré ce travail et nous ont donné les éléments nécessaires à sa rédaction. Qu'ils trouvent ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre vive gratitude.

ANATOMIE NORMALE

DES MÉNISQUES

Il ne nous paraît pas superflu de rappeler ici, dans un court chapitre, quelques notions d'anatomie normale des ménisques articulaires du genou. Cela nous semble utile pour classer et comprendre leurs lésions.

A part les traités classiques d'anatomie, quelques travaux originaux, parus ces dernières années, sur cette question (Pauzat, Valois, Fick, Jacob et Worms), donnent les documents nécessaires à cette question (1).

a) Généralités

Destinés à corriger le défaut de concordance des surfaces articulaires tibiales et condyliennes entre lesquelles ils se trouvent placés, et, d'autre part, à amortir les chocs et faciliter les mouvements articulaires, les ménisques ou fibrocartilages du genou sont au nombre de deux, l'un externe et l'autre interne. Ils affectent l'aspect de lames prismatiques triangulaires ou, si l'on préfère, avec Jacob et Worms, de croissants dont la circonférence interne mince et tranchante regarde le centre de l'articulation, tandis que la circonférence externe ou base, épaisse, répond à la capsule articulaire.

(1) Nous avons nous-même pu examiner un certain nombre de genoux disséqués par le Docteur Radoïevitch. Nous le remercions encore de l'obligeance qu'il a eue en nous faisant profiter de ses travaux.

Leur forme est différente. En effet, le fibrocartilage externe plus fermé que l'interne figure un O presque ininterrompu, tandis que le ménisque interne ayant ses extrémités beaucoup plus écartées l'une de l'autre, figure un C suivant la comparaison classique.

Leur largeur va en diminuant d'arrière en avant. Il faut remarquer que le ménisque externe est généralement un peu plus large que l'interne, surtout en ce qui concerne leur portion antérieure.

Anormalement on peut rencontrer le fibrocartilage externe à l'état de « *ménisque complet* ». Poirier a noté cette disposition dans deux cas et Fick (in *Anatomie* de Von Bardeleben) rapporte qu'il a vu s'étaler le ménisque externe sur toute l'étendue de la surface articulaire tibiale, perforé seulement à son centre d'un trou gros comme un pois.

La hauteur des ménisques qui est en moyenne de cinq à neuf millimètres, va en diminuant d'arrière en avant.

Le volume des ménisques présente d'ailleurs des variations individuelles très importantes. Pour Jacob et Worms ces variations paraissent tenir surtout à l'âge des sujets. Ainsi le développement des fibrocartilages serait beaucoup moins accusé, toutes proportions gardées, chez le vieillard que chez le fœtus. S'agit-il là d'une usure progressive, ou bien d'une régression spontanée qui tendrait à en faire des organes rudimentaires ? On ne saurait y répondre. Toutefois pour Jacob et Worms est-il que ce caractère d'ordre purement anatomique permettrait d'expliquer dans une certaine mesure pourquoi l'ablation des ménisques n'est pas de nature à troubler le jeu articulaire.

b) Les attaches des ménisques

Par sa circonférence périphérique, ou base, chacun des ménisques est adhérent à la capsule articulaire. Par leurs extrémités ils sont fixés au tibia et partiellement au fémur, en particulier le ménisque externe. Enfin les ménisques présentent des connexions entre eux.

1. *Connexions tibiales et fémorales.* — *Le ménisque externe* se fixe par sa corne postérieure immédiatement en arrière de l'épine du tibia. Cependant le système d'attache postérieure du ménisque externe ne se borne pas à cette insertion tibiale. D'une façon presque constante un fort trousseau fibreux se détache de la corne postérieure du ménisque pour aller se fixer sur la face externe du condyle interne. C'est le *ligament ménisco-fémoral postérieur* ou improprement troisième ligament croisé. Il a été étudié en particulier par Robert, Kazzander, Higgis, etc. D'autre part Jacob et Worms signalent l'existence presque constante d'un petit *ligament ménisco-tibial postérieur*.

La corne antérieure du ménisque externe se fixe immédiatement en avant de l'épine du tibia, en dehors de l'insertion du ligament croisé antérieur.

Le ménisque interne se fixe par sa corne postérieure, par l'intermédiaire d'un fort ligament, sur la surface rétrospinale du tibia, entre l'insertion de la corne du ménisque externe et celle du ligament croisé postérieur.

La corne antérieure, étalée en surface, s'attache au rebord antérieur du plateau tibial et sur la surface pré-spinale, immédiatement en avant du ligament croisé antérieur.

D'une façon générale les attaches du ménisque interne, et en particulier ses attaches antérieures, sont beaucoup plus faibles que celles du ménisque externe. Cette parti-

cularité anatomique, niée par Tavernier, est invoquée, au contraire, par la plupart des auteurs pour expliquer la prédominance des lésions portant sur le ménisque interne. Sur la plupart des pièces que le Docteur Radoïevitch a eu l'amabilité de nous montrer, cette faiblesse des attaches du ménisque interne sautait aux yeux.

2. *Connexions ménisco-capsulaires.* — Jacob et Worms écrivent : « La base des ménisques adhère fortement à la capsule, c'est même plus qu'une adhérence. Il existe entre la capsule et les ménisques une continuité de tissu telle que ceux-ci paraissent être une émanation directe de celle-là. »

De plus il faut noter que du côté interne l'adhérence de la capsule au puissant ligament latéral interne explique en quelque mesure la plus grande fixité du ménisque interne qui, moins mobile, pourrait, de ce fait, être plus facilement lésé que le ménisque externe.

3. *Connexions ménisco-méniscales.* — Les deux ménisques sont rattachés l'un à l'autre, à leur partie intérieure, par le *ligament jugal* de Luschka ou ligament transversal dont les variétés et la physiologie ont été très bien étudiées par Pauzat. Jacob et Worms notent son absence dans 10 0/0 des cas.

Indépendamment de ce ligament ménisco-méniscal transversal, on a rencontré parfois un fort ligament qui part de la corne antérieure du ménisque interne, pour aller s'insérer sur la corne postérieure du ménisque externe. Le Docteur Radoïevitch nous a montré un exemple de cette variété disséqué par lui et non encore publié. Cette disposition n'est nulle part signalée dans les classiques français. Il ne l'a trouvée indiquée dans la littérature que deux fois, une fois par Barkov et une fois par Kazzander. Il lui paraît logique de l'appeler le ligament *ménisco-méniscal oblique* par opposition au ligament *ménisco-méniscal transverse ou jugal*. Il paraît d'ailleurs être très rare.

En dehors de ces faits, il nous paraît utile de dire un mot sur la *vascularisation* des ménisques. C'est qu'en effet des chirurgiens tels que Leriche ont pu dire que les lésions inflammatoires des ménisques ou méniscites ne sauraient exister, étant donné que les ménisques sont des cartilages sans vaisseaux. Or cet argument n'a aucune valeur pour MM. Lasserre et Radoïevitch, étant donné que les travaux de Sappey ont montré depuis longtemps que les fibrocartilages (et non cartilages) méniscaux du genou sont vascularisés. Sappey avait même écrit : « Les fibrocartilages du genou sont les plus riches en vaisseaux ; viennent ensuite ceux des autres articulations. » (1).

Nous voulions rappeler ce fait sans insister autrement sur les détails même de cette vascularisation.

(1) SAPPEY : *Traité d'anatomie descriptive*, Tome I. Edition 1888, page 495.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude anatomo-pathologique des lésions méniscales est indispensable à qui veut les traiter chirurgicalement. C'est qu'en effet telle variété de lésion pourra à la rigueur se prêter à une chirurgie conservatrice tandis que telle autre nécessitera certainement un exérèse du fibro-cartilage atteint. Les lésions des ménisques sont de deux sortes :

- a) des lésions de luxation méniscales,
- b) des lésions fracturaires.

A ces lésions s'ajoutent parfois des lésions articulaires osseuses ou ligamenteuses qui les compliquent.

D'autre part, nous devons dire que toutes les statistiques s'accordent pour localiser les lésions le plus souvent sur le ménisque interne et sur celui-là seul.

En effet, les lésions concomitantes des deux ménisques sont d'une extrême rareté (Bennett).

a) Lésions de luxation méniscale

Ce sont les plus fréquentes et elles nécessitent comme cela se conçoit facilement une divulsion totale ou partielle des moyens d'attache capsulaires des ménisques.

Sans insister sur certains états de relâchement ligamenteux amenant ce que W. Biescierski a appelé une subluxation méniscale, nous parlerons surtout des désinsertions capsulo-méniscales. Ce sont, en effet, les plus fréquentes.

Cet arrachement du ligament coronaire ou des insertions périphériques du ménisque sur la capsule, avec conservation des attaches antérieures, entraînent une disposition anatomo-pathologique du fibrocartilage que Morisson a dénommée *ménisque en anse de seau*.

D'après Bennett, Allingham, Barker, Porter, Henderson et Morisson, etc., cette disposition représenterait la lésion typique fondamentale dans les traumatismes des ménisques. (32 fois sur 85 pour Bennett).

Viennent ensuite les désinsertions des attaches antérieures du ménisque. La corne antérieure ilotte alors dans l'article et se replie souvent en arrière « comme une carte de visite cornée » (Annandale). Elle peut venir se loger dans l'échancrure intercondylienne.

Par contre, d'après Bennett l'arrachement des insertions méniscales postérieures serait extrêmement rare. Dambrin en a réuni 7 cas. Gary cité par Jacob et Worms en a rapporté un exemple très net.

b) Lésions fracturaires

Il n'est pas rare de constater au niveau des ménisques traumatisés des solutions de continuité, véritables fractures.

Dans sa statistique, sur 85 cas, Bennett indique 10 fissures transversales, 5 fissures longitudinales. Dans les cas de fissures longitudinales (72 cas sur 431 opérés, Gary) la déchirure se fait suivant un plan sagittal et divise le ménisque en deux bandelettes.

Cette fissure peut se faire sur toute la longueur du ménisque (Central splitting de Cotteril) ou même il peut exister deux fissures parallèles (Dawies-Colley).

Il existe parfois un clivage horizontal, un véritable *pelage* du ménisque ; en général ces lésions peu nettes peuvent s'expliquer par le frottement violent des condyles fémoraux sur la surface méniscale.

Les fractures vertico-transversales sont plus rares que les longitudinales et peuvent parfois être doubles, isolant un fragment intermédiaire qui jouera dans l'articulation le rôle d'un corps étranger.

c) Lésions associées

Elles sont multiples et leur variété est grande. Ce sont elles — fractures parcellaires, lésion des ligaments croisés, arrachements tubérositaires — qui compromettront parfois les résultats opératoires. Kroïss y a insisté et leur attribue, ainsi qu'à des lésions de synovite chronique, les 40 0/0 d'échecs complets ou partiels qu'il a eus en faisant la méniscectomie.

De même faut-il rappeler ces lésions de gonflement, d'irrégularité des fibrocartilages qui témoignent d'une irritation répétée par les mouvements articulaires et les blocages successifs. Ces lésions ont été individualisées plus ou moins justement par Roux, de Lausanne, sous le vocable de lésions de *méniscite traumatique*. Il faut considérer à la lumière des travaux récents ces lésions comme étant des lésions secondaires.

SYMPTOMATOLOGIE

Malgré les travaux nombreux qui ont été publiés ces dernières années, les lésions des ménisques articulaires du genou sont encore trop rarement diagnostiquées et trop rarement peut-être aussi soumises au traitement chirurgical.

C'est que s'il est des formes somme toute typiques, au point de vue symptomatologique, il existe aussi des formes bâtardes, plus ou moins complexes, qui peuvent faire errer et hésiter le diagnostic.

Nous étudierons successivement ces formes cliniques en insistant tout particulièrement sur celle qui, au point de vue didactique, est la plus riche en symptômes et la plus propice à un diagnostic exact. Pour ce qui est des formes atypiques, nous essaierons de montrer dans quelle mesure la clinique peut s'aider des moyens exceptionnels d'investigation et ce qu'elle peut attendre d'eux pour bâtir le diagnostic.

a) **Forme typique**

Le début est en général brusque et il peut être pathognomonique. C'est lorsqu'il s'agit d'un individu qui, au cours d'un exercice violent, d'une partie de foot-ball, par exemple, au moment où il redresse sa jambe fléchie sur sa cuisse, ressent une douleur très aiguë au niveau de son articulation.

Cette douleur très vive siège au niveau de la partie

interne de l'interligne ; elle s'accompagne d'une sensation de déchirure, de craquement, de déplacement. Le sujet est dans l'impossibilité d'achever le mouvement d'extension et ne peut se relever. Le genou reste bloqué en flexion. Ce signe du *blocage douloureux* a une valeur pathognomonique.

Une mobilisation immédiate faite avec douceur par le patient lui-même arrive souvent à débloquer l'article et à amoindrir l'acuité des signes douloureux.

Parfois ce début aura pu passer en partie inaperçu en ce sens que le signe du blocage aura été peu net ou mal observé, et c'est la deuxième période de l'affection qui surviendra, semblant succéder à ce qu'on appelle trop souvent *une simple entorse* du genou.

Cette deuxième période est caractérisée par l'apparition d'un épanchement arthro-synovial hydro-hématique. C'est environ une semaine, parfois plus tôt, après l'accident que se produit l'épanchement ; il évolue progressivement jusqu'à donner au genou son aspect globuleux caractéristique. Il se résorbe au bout d'une quinzaine de jours en général en laissant au genou un peu de gêne et une certaine sensation de fragilité.

Ultérieurement le patient aura au niveau de son articulation lésée des accidents particuliers qui seront caractérisés par des sensations brusques de claquement intra-articulaires, ou bien dans des formes plus nettes par la reproduction même de l'accident initial : Blocage avec douleur vive, flexion à 150° avec possibilité de fléchir davantage et impossibilité d'étendre complètement la jambe.

Dans certains cas l'essai d'extension forcée provoque une *saillie méniscale* sous la forme d'un bourrelet douloureux situé en avant de l'insertion tibiale du ligament latéral-interne.

Le plus souvent le blocage est rapidement réduit par quelques mouvements et à sa suite le genou reste doulou-

reux pendant quelques jours et est distendu par un épanchement articulaire léger et fugace.

Ces accidents peuvent rester uniques ou rares chez certains. Chez d'autres, véritables infirmes, le blocage peut se reproduire très souvent, plusieurs fois par semaine même, avec dans l'intervalle des accidents une distension douloureuse du genou. La répétition fréquente des mouvements de va-et-vient du ménisque au cours de la flexion et de l'extension de la jambe peuvent réaliser un véritable *genou à ressauts*.

Des mouvements anormaux de laxité dus à la permanence de la distension du genou s'ajoutent aux lésions primitives, le quadriceps s'atrophie et le malade entre dans une période d'arthrite chronique.

b) Formes atypiques

A côté de cette forme que nous venons de décrire et qui est en quelque sorte une forme idéale, didactique, existent des formes atténuées, moins caractéristiques et sur lesquelles doit s'exercer la sagacité du clinicien. Tavernier en particulier a insisté sur ces formes que l'on peut classer en trois catégories :

1° *Formes douloureuses sans blocage*. — Dans cette sous-variété des formes cliniques, l'accident initial a le plus souvent été atypique : il a été constitué par une simple distorsion douloureuse du genou, sans blocage. Mais à la suite, a subsisté un état méiopragique du genou lésé avec impotence légère cédant facilement au repos. Parfois même ces signes d'impotence douloureuse surviendront alors que le malade n'aura attaché aucune importance à l'accident initial ou l'aura même oublié. Il en est de même des cas où l'on peut noter l'absence d'accident initial sensible. L'affection s'est installée progressivement sans traumatisme net du genou (Combiér et Murard,

Observation VI). Dans certains cas, l'élément douleur existera seul ; d'autres fois, il sera associé à l'épanchement articulaire, et c'est dans ces derniers cas que le diagnostic sera parfois difficile à établir.

Cependant certains petits signes pourront servir de jalons. Parmi eux, c'est sur le siège *interne* de la douleur qu'il faut le plus insister. C'est en effet le ménisque interne qui est le plus souvent lésé ainsi que nous l'avons déjà dit. Le point le plus douloureux siègerait, d'après Tavernier, à mi-distance entre le ligament rotulien et le ligament latéral interne. Dans le cas de Ch. Lasserre et Radoïevitch il était situé à la partie moyenne du ménisque interne. La douleur peut s'irradier à la jambe, à la cuisse (Tavernier). Elle est exagérée par l'exercice et calmée par le repos.

Somme toute, l'affection revêt une allure cyclique faite de périodes de troubles articulaires et de bien-être relatif, avec cependant un fond d'instabilité articulaire assez caractéristique. C'est là un des caractères primordiaux des lésions méniscales.

2° *Formes à entorses répétées.* — Décrites surtout par Tavernier, elles peuvent n'être marquées que par de très vagues douleurs, sans acuité, sans localisation précise. Ces sujets ont des entorses fréquentes de l'articulation atteinte sans qu'il soit possible de les rattacher à leur cause anatomo-pathologique. Parfois le diagnostic sera éclairé par l'apparition brusque d'un blocage caractéristique du genou.

3° *Formes hydarthrosiques.* — Ces formes sont très rares à l'état pur. Un malade de Tavernier présentait une hydarthrose intermittente du genou récidivant à intervalles plus ou moins réguliers. On comprend combien ces cas, heureusement assez exceptionnels, peuvent faire errer le diagnostic.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

De la diversité des formes que nous venons de schématiser et par conséquent de trop réduire malgré nous, il ressort que le diagnostic, sur l'importance duquel nous n'avons pas à insister, sera parfois particulièrement épineux.

Avec les chirurgiens américains, J.-K. Surls et R.-B. Osgood ont décrit sous le nom de dérangement interne du genou, un syndrome de troubles mécaniques du genou, succédant ou non à un traumatisme, et ayant une symptomatologie à peu près identique quel que soit l'élément articulaire lésé. Au prime abord, cette classification paraît simplifier les choses, alors que, en vérité, elle apporte encore plus d'imprécision dans le diagnostic et *a fortiori* dans la thérapeutique des lésions méniscales.

Il faut éliminer, à notre avis, cette façon de voir, qui à la rigueur pourrait être corrigée, en faisant un diagnostic en deux temps : *primo*, dérangement interne du genou ; *secundo*, diagnostic de la partie articulaire lésée.

En réalité, c'est le diagnostic de la lésion méniscale qu'il faut chercher à faire d'emblée. Pour cela, dans les cas types surtout, l'étude minutieuse des conditions accidentelles du début, le signe du blocage, la recherche du point douloureux, du bourrelet méniscal seront des facteurs de premier ordre. Les accidents succédant au stade initial sont eux-mêmes caractéristiques et peuvent être rapportés à leur cause véritable.

Pour ce qui est du diagnostic des formes atypiques, la

chose est des plus malaisées. C'est dans ces cas surtout qu'il faudra éliminer parmi les lésions du genou, soit des lésions traumatiques des éléments de l'article, soit des lésions non traumatiques.

a) Parmi les lésions non traumatiques, il nous paraît tout d'abord facile d'éliminer l'affection connue sous le nom de *maladie de Hoffa* qui très souvent serait de nature tuberculeuse, d'après Lasserre. Elle est constituée par une hyperplasie du paquet adipeux sous-rotulien. L'évolution de cette affection, synovite subaiguë somme toute, se fait très fréquemment vers la suppuration et l'envahissement articulaire. De même, faudra-t-il éliminer les *synovites syphilitiques*, dont la fréquence est plus grande chez les enfants que chez les adultes et qui sera diagnostiquée grâce aux anamnestiques, aux examens sérologiques et biologiques et surtout parce que ces synovites ont ceci de particulier d'être très souvent bilatérales et indolores.

Mais là où le diagnostic sera épineux ce sera dans les cas d'*ostéo-chondrite disséquante* de König. C'est qu'en effet, dans ces cas, la présence de corps flottants intra-articulaires pourra donner une symptomatologie analogue à celle donnée par les lésions méniscales. De même que dans ce dernier cas, on voit dans l'ostéo-chondrite disséquante des blocages plus ou moins nets du genou, avec douleur et hydarthrose intermittente.

La *synovite tuberculeuse*, pouvant avoir une origine traumatique plus ou moins avérée, sera l'affection qui soulèvera — dans les formes hydarthrosiques du moins — les problèmes les plus délicats à résoudre. C'est dans ces cas douteux que l'examen clinique devra être plus minutieux encore que de coutume. On devra bien étudier l'empatement du cul-de-sac quadricipital, l'épaississement de la synoviale. Ces signes peuvent certes exister aussi dans les

arthrites traumatiques, mais il leur manquera toujours ce signe important de l'imprégnation tuberculeuse, *l'adénopathie inguinale*. Enfin il faudra rechercher soigneusement les points osseux douloureux et s'aider toujours dans le doute, de l'examen radiographique.

b) **Il est des lésions traumatiques** du genou qui peuvent en imposer pour des lésions des ménisques. Parmi elles ce sont surtout les lésions des ligaments croisés qui pourront donner le change. Cependant elles ont des signes particuliers qui pourront, bien étudiés, faire établir un diagnostic exact.

Cliniquement ces lésions se traduisent en effet par une sensation d'instabilité articulaire, avec des *dérobements* du membre, due à une laxité antéro-postérieure de l'article. Le professeur Rocher a décrit sous le nom de *signe du tiroir* une manœuvre qui permet de déceler ce relâchement ligamenteux. Le Docteur Lasserre a montré expérimentalement que le signe du tiroir, lorsqu'il était très net, était dû à une lésion du ligament croisé antérieur associée à un arrachement du ligament latéral interne.

Quoi qu'il en soit, en éliminant rapidement certains cas de genoux à ressort, il faut remarquer que les lésions méniscales et les lésions des ligaments croisés ont une symptomatologie analogue. Seul le signe du tiroir, qui est pathognomonique, permettra de dissocier celles-ci de celles-là.

LA PNEUMOSÉREUSE

DANS LE

DIAGNOSTIC DES LÉSIONS MÉNISCALES

Lorsque le clinicien par des moyens simples n'est pas arrivé à un diagnostic satisfaisant, il a le droit, dans la mesure où ils sont sans danger, de s'adresser à des moyens d'investigation inhabituels.

C'est dans les formes atypiques, et Tavernier a bien insisté sur elles en montrant particulièrement l'inconstance du blocage, que l'on s'adressera au laboratoire. La *radiographie* simple, si elle peut indiquer l'existence de certains corps étrangers intra-articulaires ou de désordres osseux, est par contre incapable de dévoiler les lésions méniscales. C'est qu'en effet la structure des fibrocartilages du genou les rend perméables, donc invisibles aux rayons X à l'état normal. De même au point de vue pathologique et le cas de Patel est typique à ce sujet. Il s'agissait de lésions articulaires très graves, le ménisque étant déchiré en son milieu et les deux moitiés chevauchant l'une sur l'autre ; la radiographie fut complètement négative.

On eut alors l'idée d'injecter de l'air dans la cavité articulaire pour rendre plus nets les contours des éléments constituant de l'article. Il semble que ce soit Werndorf et Robinson qui, en 1905, pratiquèrent les premiers l'insufflation de la séreuse. Hoffa montrait en 1905 puis en 1906, à Breslau, l'intérêt de cette méthode dans le diagnostic des lésions méniscales.

Quenu en 1913, Weil et Loiseleur en 1917, montrent ce qu'on peut attendre de la pneumoséreuse du genou. Enfin Terracol et Colaneri écrivent ces dernières années des articles importants sur cette question qui est tout récemment bien étudiée par Chauvin et Bourde dans la *Revue d'Orthopédie*.

Cependant cette méthode passe inaperçue pour beaucoup. Parmi ceux qui l'ont étudiée, certains, comme Mouchet, la considèrent comme précieuse, d'autres comme Puccinelli, en 1923, comme Tavernier et d'autres n'en parlent que pour la condamner.

La technique est très simple. Terracol et Colaneri font une ponction au-dessus de la base de la rotule jusqu'à contact osseux, à travers le cul-de-sac sous-quadricipital. On injecte le gaz, air ou oxygène, en quantité variable avec la capacité de la synoviale qu'il faut mettre en tension. On peut faire l'injection gazeuse avec une simple seringue de Luer. Les ménisques sont ainsi sur le radiogramme bien mis en évidence, de même d'ailleurs que les divers plans de l'articulation insufflée. Les deux faces supérieure et inférieure du ménisque, si l'insufflation est suffisante, sont nettement séparées des surfaces articulaires osseuses.

En faisant varier l'incidence des rayons, radiogrammes de face, de profil, on aura des clichés montrant parfaitement les diverses portions méniscales soit à l'état normal soit à l'état pathologique.

Expérimentalement et cliniquement, Terracol et Colaneri ont montré que la rupture méniscale se traduisait sur l'image radiographique par une encoche en *coup d'ongle* caractéristique.

Tout cela est bien et nous porterait à considérer la pneumoséreuse articulaire du genou comme un bon moyen d'investigation si cette méthode était d'une parfaite innocuité. Sans parler des accidents infectieux qui feraient la honte d'un médecin, il est des accidents qui peuvent peut-être se produire aussi et qu'il faut envisager.

Scheidel signale parmi les complications possibles, des synovites persistantes après la pneumoséreuse; Chauvin et Bourde n'en nient pas la possibilité mais incriminent un défaut d'asepsie évitable.

L'argument de la douleur a une certaine importance pour nous, surtout si la synoviale n'était très distendue par l'épanchement, bien que certains auteurs la considèrent comme étant de peu de valeur.

Enfin il nous semble, avec Chauvin et Bourde, que les accidents d'embolie gazeuse que l'on a attribués plus ou moins théoriquement à cette méthode ne sauraient s'expliquer anatomiquement.

Cependant ce n'est pas de gaieté de cœur que nous irions ainsi distendre douloureusement une articulation en l'insufflant d'air. La pneumoséreuse en général et celle des articulations en particulier, ne nous paraît pas être un moyen d'investigation qui doive entrer dans la pratique courante.

Nous nous demandons avec Lasserre et Radoïevitch s'il ne vaudrait pas mieux dans ces cas douteux faire une exploration chirurgicale. *Nous croyons qu'on peut dans certains cas difficiles conseiller l'arthrotomie exploratrice du genou.*

TRAITEMENT

La thérapeutique des lésions méniscales du genou doit être envisagée, comme l'ont fait Jacob et Worms puis Lasserre et Radoïevitch, sous deux angles différents. D'une part il s'agit du traitement immédiat des lésions récentes, et d'autre part, il faut porter remède à des lésions anciennes chroniques.

1° *Traitement des lésions récentes.* — Le premier problème qui se pose en face d'un malade atteint de rupture ou de luxation des ménisques articulaires, c'est la réduction de l'organe déplacé. Il est des cas où le secours du médecin n'est même pas demandé. Les lésions étant assez peu marquées dans ces cas, la réduction s'opère spontanément et le malade arrive de lui-même, par ses efforts ou par ses essais de mobilisation, à réduire sa lésion. Il en est de même chez les sujets atteints de formes où les phénomènes de blocage sont souvent répétés. Ces malades, habitués, réduisent leur blocage d'eux-mêmes après chaque nouvelle crise.

Mais dans la majorité des cas le sujet garde sa jambe en flexion, comme figée et appelle l'aide chirurgicale. Jacob et Worms, dans ces cas, recommandent l'un des deux procédés suivants : Ou bien extension lente de la jambe sur la cuisse accompagnée de propulsion latérale de l'extrémité inférieure du fémur, de dedans en dehors, et d'un mouvement de rotation interne de la jambe — le mouvement se ferait en sens inverse s'il y avait eu rotation externe au cours de l'accident — ou bien, et mieux

pour ces auteurs, exagération de la flexion du genou combinée à la torsion en sens contraire de celui qui a déterminé l'accident ; puis extension brusque de la jambe sur la cuisse. C'est à ce procédé plus simple, et qui, somme toute, est souvent réalisé spontanément par le malade, que nous donnons notre préférence.

Des auteurs ont signalé l'impossibilité de réduire le blocage. Plutôt que de se livrer dans ces cas à des manœuvres violentes, Maucclair, Lasserre et Radoïevitch recommandent l'extension continue, le cas échéant, en s'aidant de l'anesthésie locale dont l'efficacité a été bien mise en évidence pour la réduction des luxations traumatiques par Lasserre et L. Massé. D'une façon ou d'une autre on arrive toujours à mettre le genou en extension.

La lésion réduite, le membre doit être mis au repos absolu, dans une gouttière, le genou légèrement comprimé par un pansement ouaté. Il nous semble inutile, contrairement à l'opinion de certains auteurs, d'infliger au malade un appareil plâtré, le genou pouvant se distendre après son application. La durée de l'immobilisation doit être d'une huitaine de jours. Il nous semble excessif de la prolonger pendant quinze ou vingt jours comme le préconisent certains. C'est qu'il y a des inconvénients qui viennent s'opposer à une mise au repos trop longue du membre blessé : d'une part l'apparition rapide de l'atrophie musculaire, et d'autre part la perte partielle toujours possible de la mobilité de l'articulation. Cependant nous pensons qu'on ne doit pas, comme Rochard, faire marcher les malades d'une façon immédiate.

Pour combattre les accidents dus au repos, il faudra commencer précocement la mobilisation au lit et s'aider de massages.

La marche sera, dans les cas favorables, permise au bout d'une quinzaine de jours en faisant porter au malade une genouillère ou une bande de crêpe Velpeau comme l'ont recommandé Rocher et Charrier.

Il nous reste à ajouter que lorsque les premiers jours l'épanchement articulaire est abondant, il y a lieu parfois de le ponctionner suivant la technique habituelle.

Ainsi traitées précocement, les lésions traumatiques peuvent pratiquement guérir. Cependant bien souvent la restitution anatomique ne sera pas absolument parfaite, et les malades garderont dans leur genou un point faible qui pourra devenir le point de départ d'accidents ultérieurs chroniques dont il nous faut à présent envisager le traitement.

2° *Traitement des lésions chroniques.* — Croyant les ménisques indispensables au fonctionnement de l'articulation, les chirurgiens ont longtemps hésité à intervenir pour leurs lésions. Et c'est pourquoi on a pendant un certain temps opposé un seul traitement médical aux lésions méniscales anciennes. Ce n'est que dans ces vingt dernières années que la chirurgie a fait entrer le traitement de ces accidents dans la pratique courante.

Bien que la première méniscectomie ait été faite déjà en 1866 par Brodhurst, le souci des chirurgiens a été tout d'abord de respecter le ménisque, de lui rendre sa forme et ses connexions croyant ainsi mieux sauvegarder le fonctionnement articulaire. Pour ce faire Annandale proposa, en 1889, la *méniscopexie*, c'est-à-dire la remise en place du ménisque et sa fixation au périoste tibial et à la capsule articulaire au moyen de fils de catgut, de soie ou d'argent. Un grand nombre de chirurgiens, surtout anglo-américains (Mayo-Robson, Bennett, Cotteril, Schlopper, etc.) ont employé ce procédé. Plus près de nous Dambrein concluait en sa faveur, dans les cas de désinsertions partielles antérieures ou totales et dans les cas de simple relâchement des insertions sans déchirure. Katzens-tein, au Congrès allemand de chirurgie, 1910, était partisan de la fixation à la capsule articulaire et au périoste tibial en cas de luxation simple du ménisque. Il ne recou-

rait à la méniscectomie que dans les cas de lésions très marquées de méniscite chronique.

Très bonne au point de vue théorique, la méniscopexie est loin d'être de réalisation facile. Elle nécessite d'ailleurs une voie d'accès large et qui ne va pas sans troubler ultérieurement la statique articulaire. Cela serait peu si la lésion ne récidivait pas très souvent amenant parfois le chirurgien à enlever secondairement le ménisque.

D'autre part, à la luxation simple du ménisque, s'ajoute souvent une fracture, soit transversale, soit longitudinale. La méniscopexie ne suffit plus dans ces cas. Il faut lui adjoindre une suture des fragments méniscaux, une *méniscosynthèse*.

Même faites avec le plus grand soin ces opérations donnent des résultats décevants ainsi que le montrent les observations comme celles de Dawies Colley et John Berg.

Si bien que les promoteurs même de la méniscopexie et de la synthèse — Annandale y compris — ont, pour la plupart, abandonné ces procédés thérapeutiques. Aussi bien que dans la littérature de ces dernières années n'en trouve-t-on que de rarissimes observations.

Cette méthode ne semble devoir être appliquée que dans certains cas de simple laxité méniscale rares d'ailleurs et difficiles à diagnostiquer. Ainsi Paitre, tout dernièrement, a rapporté à la Société de chirurgie de Lyon l'observation d'un malade présentant le syndrome fruste de blocage articulaire. Une capsuloraphie et une méniscopexie donnèrent un excellent résultat fonctionnel.

Actuellement les chirurgiens sont pour la plupart partisans de la méniscectomie. Cependant l'accord n'est pas encore fait entre eux, pour savoir si cette exérèse doit porter sur tout ou partie du fibrocartilage malade. D'autres même recommandent et ont pratiqué l'ablation systématique des deux ménisques. C'est ainsi que Patel, ayant eu à réintervenir pour une lésion du ménisque externe après ablation du ménisque interne, semble préconiser l'exé-

rèse systématique des deux fibrocartilages. Les observations nombreuses montrent que chez des malades suivis, l'ablation d'un seul ménisque ne s'accompagne pas de troubles de la statique articulaire et que, si troubles il y a, ils ne sont pas moindres si l'on fait l'exérèse des deux ménisques. Ainsi, avec un seul fibrocartilage, le genou s'accommode.

Il existe bien des cas où l'on a dû réintervenir pour des lésions, soit passées inaperçues à la première intervention, soit secondaires, du ménisque externe. Mais ces cas sont l'exception.

D'autre part, si l'on veut faire la double méniscectomie systématique, on est obligé de recourir, comme l'a fait Patel, à de larges arthrotomies, ce qui, pour nous, toutes choses étant égales par ailleurs, est un des principaux arguments que l'on puisse apporter contre cette manière d'agir.

Il nous reste donc à envisager la méniscectomie unilatérale partielle ou totale.

Comme nous l'avons dit plus haut les discussions sont nombreuses à ce sujet. En considérant les observations dans leur ensemble, il apparaît que les partisans de l'une et de l'autre méthode ont également de bons résultats opératoires. En effet en faveur de la méniscectomie partielle nous rapporterons la toute récente statistique de Baumann, portant sur des opérés de la clinique de son maître Bircher.

Cependant si l'on étudie les faits de plus près, cet équilibre se détruit, nous semble-t-il, en faveur de la méniscectomie totale. Tavernier, qui en est un chaud partisan, a rapporté des cas où des lésions de la corne postérieure du ménisque passées inaperçues au cours de méniscectomies partielles, créaient des désordres et avaient nécessité de nouvelles interventions.

De leur côté Jacob et Worms écrivent : « Instruits par l'expérience de deux cas où après une extirpation partielle

l'un de nous fut obligé d'intervenir à nouveau pour enlever la portion restante du ménisque, jouant le rôle de corps étranger, nous avons systématiquement pratiqué chez tous nos autres blessés l'ablation totale qui conserve toutes nos préférences. »

Nous pourrions ainsi multiplier des exemples analogues. Et nous pensons avec ces auteurs, ainsi qu'avec Lasserre et Radoïevitch, qu'il n'y a aucun inconvénient mais des avantages à préférer la méniscectomie totale à la partielle. Nous nous proposons à présent d'en exposer les diverses techniques.



TECHNIQUE DE LA MÉNISCECTOMIE

Nous n'insisterons pas sur l'anesthésie qui sera la plupart du temps l'anesthésie générale soit à l'éther soit au mélange de Schleich. Pas plus d'ailleurs que nous ne voulons rappeler la minutieuse asepsie qui doit présider à de telles interventions qui ouvrent la séreuse articulaire. Ces opérations sont nées avec la chirurgie aseptique et on n'a pas le droit de les pratiquer si l'on n'est pas certain de ne faire courir aucun risque au patient.

Quelle que soit la technique employée, il faudra donner au membre la position la meilleure. Le sujet étant couché dans le décubitus dorsal, la jambe maintenue en flexion moyenne de 40 à 50° sur la cuisse, et reposant sur un coussin placé sous le creux poplité. Jacob et Worms recommandent de placer le malade de telle sorte que le pied dépasse le bord de la table de façon à ce qu'un aide puisse le tenir et au cours de l'intervention le mouvoir en dehors ou en dedans suivant les nécessités du moment pour augmenter au maximum la béance de l'interligne articulaire.



Lès variétés techniques se résolvent somme toute dans une variété des voies d'accès. On a proposé toutes sortes d'arthrotomies (en U, transtendineuses ou après détachement de la tubérosité tibiale ; arthrotomies transrotuliennes d'Ollier, etc.). Toutes ces opérations nous semblent, comme à Lasserre et Radoïevitch, Jacob et Worms, ainsi qu'à un grand nombre de chirurgiens, disproportionnées avec la gravité des lésions, et inutiles.

D'ailleurs la technique que nous choisirons aura l'avantage de pouvoir, le cas échéant, si au cours de l'intervention on trouve des lésions associées, se transformer en une large arthrotomie. Ceci nous paraît plus logique que de recourir d'emblée à une très large voie d'accès.

Parmi les incisions limitées on doit différencier deux sortes d'incisions : celles qui respectent le ligament latéral, et celles qui le sectionnent temporairement.

Notons que nous n'avons en vue dans ces techniques que les voies d'abord sur le ménisque interne le plus souvent lésé.

a) Voie d'accès transversale avec section du ligament latéral interne

C'est la technique de Tavernier.

Ce chirurgien pratique une incision transversale à la partie supérieure du tibia au-dessus du ménisque et qui s'étend du bord interne de la rotule jusqu'en arrière du ligament latéral interne qu'elle sectionne de parti pris.

D'après Tavernier cette voie d'accès donne un jour important. Elle permet d'atteindre et d'enlever le ménisque en entier en voyant bien ses attaches. Cet auteur dit, en outre, que cette technique présente l'avantage de permettre de racourcir le ligament latéral interne en le reconstituant et de corriger ainsi les mouvements anormaux de la latéralité qu'on observe parfois. Au dire de Tavernier, il

n'a eu qu'à se louer de cette pratique. Cependant la section du ligament latéral interne semble avoir reçu un accueil défavorable à la Société de chirurgie de Paris lorsque Tavernier y exposa sa technique. Malgré le soin apporté à la reconstitution du ligament latéral interne on peut craindre que sa section ne laisse le genou moins solide (Mouchet). Dans une de ses dernières publications, Tavernier déclare infondées ces critiques et dit que la seule que l'on puisse faire à son procédé, c'est qu'il impose vingt jours de lit à ses opérés.

Nous ferons remarquer d'autre part qu'un certain nombre parmi les opérés de Tavernier ont conservé pendant un certain temps une raideur articulaire que l'on n'observe pas après l'emploi de procédés respectant le ligament latéral interne.

Si l'on ajoute que beaucoup de chirurgiens jugent inutile de sectionner ce ligament pour se donner du jour, on comprendra notre préférence pour d'autres techniques opératoires.

b) Voie d'accès transversale sans section du ligament latéral interne

Dans ces procédés l'incision qui comprend les téguments et la capsule s'arrête sur le bord antérieur du ligament latéral interne. Annandale, Martin, Vollbrecht la préconisent. Tout dernièrement Picqué et Jagues y ont recouru et la recommandent. Des recherches cadavériques de Jacob et Worms, de Lasserre et Radoïevitch et les constatations opératoires de Michon, de Leuret, de Tavernier, etc., montrent combien cette voie d'abord est insuffisante. C'est ainsi que nous voyons Leuret, après avoir commencé l'intervention par une incision transversale, la terminer en branchant sur celle-ci une incision verticale complémentaire.

Ce même débridement vertical se trouve également décrit et systématisé dans la technique de Mac Neill Love (de Londres).

c) Voie d'accès pararotulienne verticale

L'incision est ici latéro-rotulienne interne et sensiblement verticale.

Cette incision peut être verticale sur toute sa profondeur et c'est alors celle que pratiquent le plus souvent les chirurgiens anglais. Elle se fait à mi-chemin entre le tendon rotulien et le ligament latéral, à cheval sur l'interligne et suivant une longueur de 6 à 8 centimètres.

Elle peut être aussi une incision mixte verticale pour la section des téguments, transversale pour la section de la capsule.

Nous signalerons la technique de Jacob et Worms et décrirons avec quelques détails celle que viennent de régler Lasserre et Radoïevitch.



Voici comment procèdent Jacob et Worms.

Ils incisent d'abord verticalement la peau et le tissu cellulaire suivant la ligne précédemment décrite, sur une longueur de 8 cm., à deux travers de doigts du ligament rotulien depuis un point correspondant au 1/3 supérieur de la rotule jusqu'à un autre situé au-dessous du rebord tibial.

Le plan fibreux ainsi mis à découvert est à son tour fendu en même temps que la capsule et la synoviale sous-jacente suivant la même longueur. Puis sur cette première incision verticale, après avoir fait récliner fortement la lèvre postérieure de l'incision cutanée, on branche une seconde horizontale de 4 à 5 centimètres, courant

au-dessus du ménisque au niveau de l'espace interosseux, jusqu'au ligament latéral. Cette deuxième incision n'intéresse donc que le plan fibro-synovial, à l'exclusion de la peau ; cela n'est, en somme, qu'un simple débridement transversal de l'incision verticale.

Pour Jacob et Worms cette incision n'est pas mutilante et donne beaucoup de jour sur la cavité articulaire.

Le ménisque est sectionné en deux parties au bistouri ; la partie antérieure saisie à l'aide d'une pince de Kocher est libérée aux ciseaux courbes de ses attaches capsulaires ou tibiales. Le fragment postérieur est ensuite attiré en avant et l'on sectionne ses insertions capsulaires latérales aussi loin qu'il est possible et au ras même de la capsule.

L'hémostase est assurée et l'articulation refermée par une suture en trois plans : l'un pour la synoviale et la capsule à l'aide d'un surjet sérieux au catgut fin, le deuxième pour le plan fibreux, le troisième pour la peau.



Parmi les divers procédés que nous venons de passer en revue, les uns qui utilisent de larges arthrotomies à lambeau nous paraissent hors de proportion avec la lésion à traiter et ne doivent être employés que dans des cas où l'on soupçonne des lésions graves ou associées. D'autres comme celui de Tavernier, bien que nous ne croyons pas strictement à l'intangibilité du ligament latéral interne, nous paraissent avoir peut-être des indications spéciales et limitées. Comme le disent si bien le professeur Picqué et Jagues « la chirurgie orthopédique doit en effet se poser toujours pour principe d'ajouter le minimum de dégâts à ceux préalablement existants ».

Cependant l'indication de la section ligamenteuse peut être posée dans un cas particulier, pour corriger une laxité articulaire latérale excessive, en pratiquant le raccourcissement du ligament sectionné.

Aussi bien ce sont les procédés les plus simples et les moins mutilants qui sont indiscutablement les meilleurs. Nous avons dit que la plupart des procédés étaient insuffisants, et nécessitaient souvent des débridements faisant perdre à l'opération son caractère de régularité. En défini-



FIGURE 1. — *Tracé de l'incision*

tive, nous nous rallions au procédé réglé tout récemment par Lasserre et Radoïevitch.

Voici en quoi il consiste :

On pratique une incision para-rotulienne courbe à concavité antérieure passant environ à deux travers de doigts de la rotule et parallèle à son bord interne. Cette incision arrive par son extrémité inférieure presque au

contact de la tubérosité antérieure du tibia et remonte, par son extrémité supérieure, au niveau des fibres descendantes du muscle vaste interne. A cette première incision et partant de sa convexité on ajoute un débridement transversal postérieur, susméniscal, de trois centimètres environ. Cette incision et son débridement postérieur n'intéressent que les téguments (fig. 1).



FIGURE 2. — *L'articulation ouverte*

Les lambeaux cutanés sont disséqués légèrement. La dissection du lambeau antérieur est poursuivie jusqu'à près de la rotule. Ils sont saisis par des pinces et rabattus.

Une incision transversale sus-méniscale allant du bord latéral de la rotule jusqu'au ligament latéral interne qu'elle ménage, divise le manchon capsulo-ligamenteux et ouvre l'articulation.

Les pinces placées sur les deux lèvres de l'incision capsulaire rabattent celles-ci d'un côté vers le condyle fémoral, de l'autre vers le tibia.

Il est important, d'autre part, de placer un petit écarteur de Farabeuf sur le ligament latéral interne qu'on récline en arrière.

Il est possible alors au chirurgien muni de l'éclairage frontal, et commandant à son aide un mouvement de charnière ouvrant discrètement le genou, d'examiner de

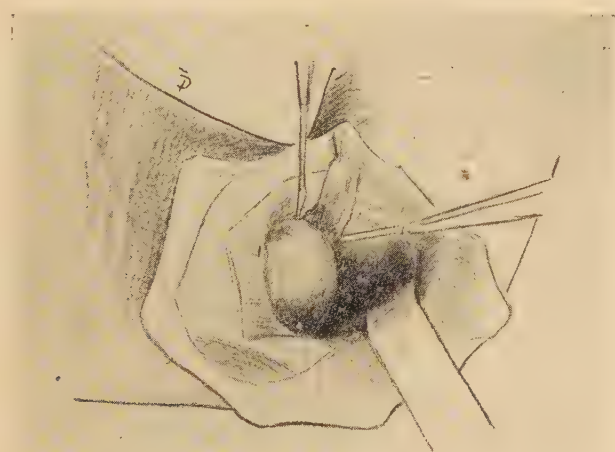


FIGURE 3. — *Section des attaches du ménisque
au ténotome*

près le ménisque et ses attaches antérieures, de même que le ligament croisé antérieur et le ligament adipeux.

Un mouvement de tiroir ébauché au même moment permet d'apercevoir la corne postérieure du ménisque et ses attaches.

Cette exploration faite, on procède à la méniscectomie. Lasserre et Radoïevitch insistent sur l'utilité pratique qu'il y a à pratiquer la section des attaches méniscales au *ténotome*. On emploiera un ténotome pointu pour le ligament antérieur qui est bien exposé, tandis qu'on emploiera

un ténotome mousse pour les attaches méniscales postérieures plus difficilement accessibles. Le ténotome, là où le bistouri et les ciseaux ne sauraient aller avec facilité et précision, remplit un office très utile.

Dans le cas de fracture méniscale transversale, on détache d'abord la partie antérieure et la partie moyenne ; puis vers l'arrière la désinsertion ménisco-capsulaire se poursuit au ténotome, et, pour terminer, les attaches postérieures et la queue sont tirées vers l'avant. Cette désinsertion postérieure est facilitée par l'écartement du ligament latéral interne.

Dans les cas de fracture longitudinale même technique. Il va de soi que dans les cas de désinsertion ménisco-capsulaire totale (ménisque en anse de seau) l'opération est très facilitée.■

L'extraction étant terminée on fait une hémostase soignée. On explore l'article encore une fois et on ferme l'articulation en faisant une suture capsulo-synoviale en un temps par points séparés au catgut, et la suture cutanée aux crins.

Le membre est ensuite immobilisé en extension, simplement muni d'un pansement légèrement compressif du genou. Il est inutile de le mettre dans une gouttière ou un appareil plâtré. On pratique la mobilisation vers le dixième jour. Il ne nous paraît pas y avoir d'inconvénient à la commencer même un peu plus tôt.

Outre la simplicité et la suffisance de la voie d'accès qu'il donne nous reconnaissons à ce procédé un autre avantage. En effet, l'incision verticale courbe a l'intérêt de pouvoir se continuer à l'occasion sous la tubérosité tibiale et en dehors de cette dernière, car elle ne constitue en somme que la partie interne d'un lambeau en U.

SUITES OPÉRATOIRES

ET ÉLOIGNÉES DE LA MÉNISCECTOMIE

La méniscectomie est une opération sans gravité et ne comporte que le risque de l'anesthésie, risque que comporte toute opération si minime soit elle. Les risques d'infection, à l'heure actuelle, doivent être évités.

Il survient parfois un épanchement hématique mais qui disparaît soit spontanément soit après ponction.

Cependant Tavernier a insisté sur la possibilité de phlébite post-opératoire survenant plus spécialement chez des malades âgés et variqueux vers le début de la mobilisation (12^e jour environ). Le pronostic de ces phlébites d'ailleurs légères, n'intéressant que les veines superficielles, serait bénin d'après Tavernier. Cet auteur a observé cependant une seule fois sur 30 opérés une *phlegmatia alba dolens* typique.

Aussi bien est-il plus intéressant d'envisager les résultats éloignés de la méniscectomie. Nous avons déjà dit que ces résultats étaient généralement bons. Parmi les observations que nous avons pu réunir nous trouvons la confirmation de cette opinion.

C'est ainsi que les malades de Lasserre et Radoïevitch (obs. 1), de Charrier (obs. 2), revus, le premier, 2 mois, le second 15 mois après leur opération, présentent une articulation absolument normale. Il en est de même pour les malades de Silhol et Ferran (obs. 3 et 4) revus 6 mois et 3 mois après leur opération.

Arcy-Power sur 75 opérés a enregistré 59 guérisons complètes. Dans 16 cas les malades gardaient quelques douleurs.

Schloffer, sur 20 opérés, note 16 résultats parfaits et 4 moins bons en raison de lésions surajoutées.

Tavernier a opéré plus de 30 malades et dit avoir obtenu des résultats fonctionnels toujours très bons.

Jacob et Worms ont une dizaine de cas opérés depuis plusieurs années avec un résultat anatomique et fonctionnel parfait. Fantassins pour la plupart, leurs blessés ont pu reprendre leur service dans l'armée.

Kroïss estime à 60 0/0 les résultats parfaits après ménissectomie.

Baumann, dans sa récente statistique, indique qu'on a pratiqué dans la clinique de Bircher, la ménissectomie totale dans 18 0/0 des cas. Il dit que les résultats sont aussi bons après ménissectomie partielle qu'après ménissectomie totale. Ses 90 malades ont été revus à longue échéance. 52 des opérés n'ont pas la moindre diminution de leur capacité de travail. Sur ce nombre 17 0/0 ont un résultat idéal. 41 0/0 conservent quelques douleurs. 6,6 0/0 seulement ont des résultats plus ou moins défavorables.

Nous avons déjà dit que, d'après l'étude des faits, la ménissectomie totale semble donner de meilleurs résultats que la partielle.

Mac Neill Love, d'après sa statistique portant sur 50 cas environ, a de bons résultats dans 70 0/0 des cas. Dans les autres 22 0/0 sont passables et 8 0/0 mauvais.

Si dans l'ensemble les résultats sont bons, il y a cependant des cas moins favorables où l'on trouve soit un gonflement persistant du genou, soit des douleurs, soit un peu de synovite, soit un peu d'atrophie musculaire.

C'est ainsi que dans l'observation II du Docteur Charrier, avec résultat fonctionnel parfait, il y a cependant une atrophie assez marquée du quadriceps du côté atteint. Dans l'observation V on note aussi un état de gonflement

articulaire avec limitation de la flexion (dans ce cas il y avait une distension du ligament croisé antérieur).

Kroïss attribue ces insuccès plus ou moins nets à un retard dans l'intervention et production d'un état de synovite chronique. D'autres chirurgiens incriminent les mauvaises indications opératoires. C'est ce qu'on peut reprocher à certains cas opérés par Mac Neill Love qui 15 fois à l'opération ne trouva pour toute lésion qu'une mobilité anormale marquée du ménisque et deux fois une mobilité dont il ne peut dire si elle était ou non normale.

Somme toute, malgré quelques résultats peu favorables, la méniscectomie s'avère comme une opération donnant la guérison dans la majorité des cas.

Si bien qu'Arrou a pu dire à la Société de chirurgie de Paris (20 novembre 1923) en parlant de ses opérés de méniscectomie : « J'ai pu revoir la majorité de mes opérés qui comptent parmi les plus reconnaissants de ceux à qui j'ai cru rendre service. »

Observation I. — Lasserre et Radoïevich (Inédite)

R. S., 19 ans, a ressenti en novembre 1923, au cours d'une partie de foot-ball et à l'occasion d'un mouvement de distortion du genou droit, une douleur très vive au niveau de l'in-

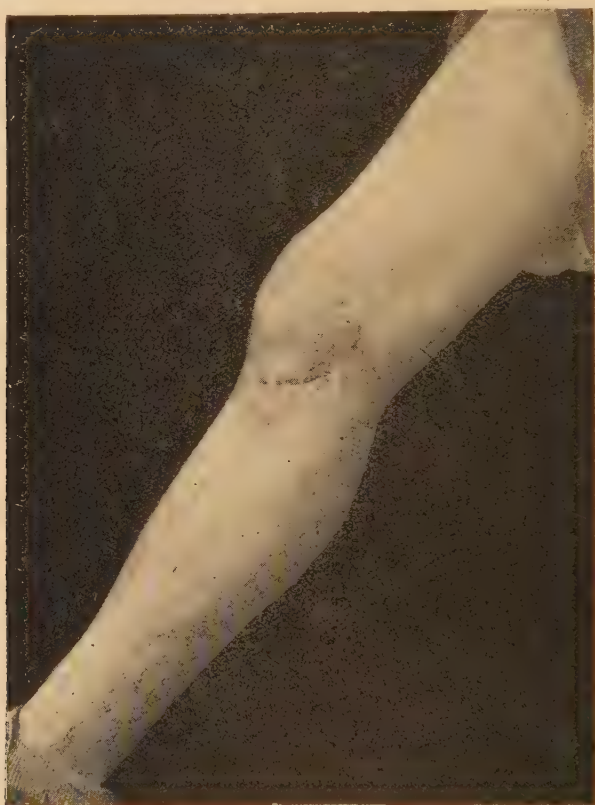


FIGURE 4. — *Extension de la cuisse sur la jambe, normale après l'intervention*

terligne. Il n'a pas présenté de réaction articulaire dans les jours qui ont suivi l'accident. Mais depuis cette époque il éprouve une sensation d'insécurité dans la marche tellement pénible qu'il est obligé d'interrompre son travail, et il présente des douleurs irradiées le long de la jambe droite.

Plusieurs fois hospitalisé, il est traité par l'immobilisation dans une gouttière, par les révulsifs (pointes de feu), et devant la décision grave d'une immobilisation plâtrée qui lui est proposée, il nous demande notre avis.

Nous l'examinons le 5 juin 1924 et nous constatons une

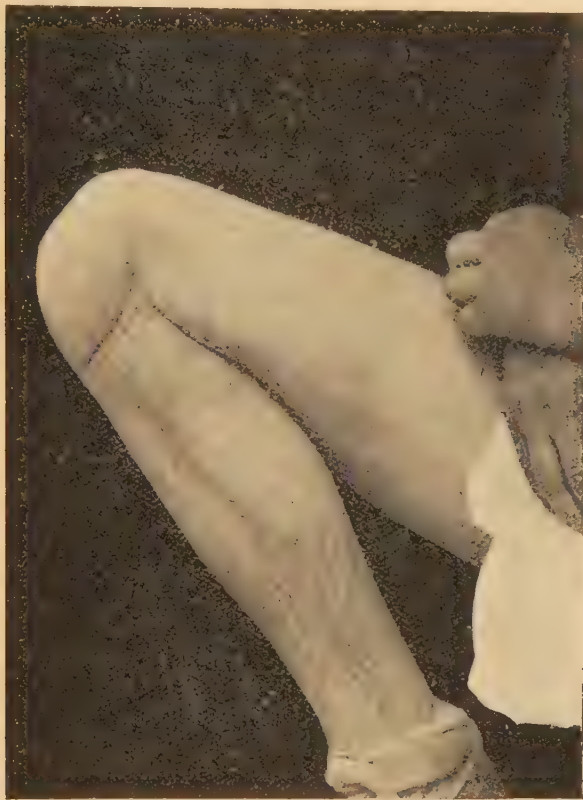


FIGURE 5. — *Flexion de la cuisse sur la jambe, normale après l'intervention*

limitation des mouvements articulaires avec douleur précise à la partie moyenne du ménisque interne et saillie méniscale. Le quadriceps présente une légère atrophie. Nous ne constatons pas d'adénopathie inguinale. La radiographie ne montre rien d'anormal.

Devant la persistance des symptômes et sur la demande du

malade, nous pratiquons une intervention le 1^{er} juillet 1924. Celle-ci nous permet d'extirper au ténotome, suivant notre technique, un ménisque fracturé longitudinalement, mais sans lésions de ses moyens d'attache.

Suites opératoires simples. Mobilisation au 10^e jour, marche permise au 20^e.

Au bout de 40 jours, le malade reprend ses occupations et deux mois après il présente une récupération fonctionnelle complète.

En octobre 1924, il nous a demandé à jouer de nouveau au rugby, mais nous lui avons conseillé la prudence pendant une année.

Observation II. — Docteur Charrier (Inédite)

M. C., 63 ans, garde communal.

Cet homme, bien portant par ailleurs, a été blessé en novembre 1923 dans des circonstances un peu particulières. Tandis qu'il marchait, un gros chien courant vers lui heurta de sa tête son genou gauche.

Il ressentit immédiatement une vive douleur mais put cependant continuer à marcher.

Assez rapidement apparut un léger gonflement du genou.

Depuis ce moment le malade était un véritable infirme, ne pouvant pas marcher, sentant parfois quelques craquements dans son article, ayant des mouvements articulaires un peu limités (pas de blocage). Le repos dans une gouttière ne procure aucune amélioration.

A l'examen, en janvier 1924, on trouvait un genou peu gonflé, avec un point douloureux net à la partie interne de l'interligne articulaire.

Diagnostic : Luxation du ménisque interne.

Intervention sous éther en janvier 1924 : Arthrotomie large par voie transtubérositaire en détachant au ciseau la tubérosité antérieure du tibia. La synoviale a un aspect normal. Le ménisque interne est désinséré au niveau de ses attaches antérieures et postérieures. Il reste simplement uni à la capsule par son ligament coronaire. Ménisectomie totale. Rien au

ménisque externe. Fermeture. Enclouage de la tubérosité tibiale. Lever le 13^e jour.

Le malade revu fin avril 1925 présente un résultat fonctionnel parfait. Il marche, court, va à bicyclette, plie et ouvre son genou gauche comme le droit. Aucune douleur, aucun gonflement articulaire.

On note seulement un peu d'atrophie du quadriceps gauche.

Observation III (Résumé). — Silhol et Ferran

G., 23 ans, a présenté successivement des luxations des ménisques des deux genoux. D'abord à gauche, à la suite d'une chute sur le genou en novembre 1915. Le genou devient volumineux et présente par la suite le phénomène de blocage, se manifestant d'une façon très fréquente, jusqu'à 5 fois par semaine. Il fut opéré à trois reprises en 1916 par le D^r Dambrin et ce n'est qu'après une ablation totale que la guérison définitive a été obtenue.

Le malade fait une chute sur le genou droit le 30 juin 1918. Son genou gonfle. On le traite par une ponction et du repos. Le 10 août, soit 40 jours après l'accident, apparaît le blocage : après avoir plié son genou, il ne peut plus l'allonger et il doit être transporté chez lui. Il était impossible, tant la douleur était vive, d'opérer brusquement la réduction ; celle-ci s'est opérée lentement jour par jour pendant 3 mois. Par la suite le blocage se reproduisait tous les deux ou trois mois. L'opération pratiquée montre le ménisque interne déplacé en arrière, ayant perdu ses attaches latérales et allongé ses attaches antérieures. On fait la ménisectomie.

Le malade quitte l'hôpital en parfait état 15 jours après l'opération. Revenu 6 mois plus tard, la guérison reste complète.

Observation IV (Résumé). — Silhol et Ferran

R., 21 ans, fut frappé par un Allemand le 25 avril 1917 d'un coup de crosse de fusil sur le genou droit. L'articulation enfle immédiatement. Le malade est soigné en Allemagne par des massages et de l'air chaud. Puis le membre est placé dans une gouttière et comprimé par un pansement pendant deux mois.

Le genou reste tuméfié. Aucune amélioration. Le malade boite, se fatigue facilement, blocage. Opération : Voie d'accès pararotulienne verticale. On trouve le ménisque interne détaché de ses insertions latérales, semblant élargi et aplati, de teinte hémorragique. Il est de plus fracturé. Un petit fragment allongé est resté adhérent à la capsule. On fait la méniscectomie. Mobilisation immédiate le jour même de l'opération.

Le blessé quitte l'hôpital 20 jours après complètement guéri. Revu 3 mois après, le résultat est parfait.

Observation V. — Silhol et Ferran

J., 38 ans, chute sur le genou gauche le 7 juin 1919. Depuis ce moment marche difficile, mais il n'existe ni gonflement ni choc rotulien. La pression au niveau de la partie interne de l'interligne détermine une douleur. Il n'y a pas de saillie méniscale à ce niveau. La flexion est douloureuse et limitée. Atrophie de la cuisse (4 cm.). Depuis sa chute, le malade a présenté une quarantaine de fois une sensation de pincement, de blocage articulaire.

Le 7 novembre 1919, opération. Incision verticale latéro-rotulienne. On enlève une partie du ménisque interne et on constate une distension du ligament croisé.

Le malade se lève le cinquième jour.

Deux mois après, il est dans un état satisfaisant, mais le genou est resté volumineux et la flexion est incomplète.

Observation VI. — Combier et Murard

Rupture à signes frustes du mécanisme interne Ménisectomie partielle. Guérison

S. C., 48 ans, mineur. Entre le 20 avril 1923 à la Clinique pour de la douleur et de la gêne du genou droit. Le début de l'affection actuelle fut très insidieux. Pas de traumatisme. Depuis deux mois, le malade a ressenti des craquements indolores dans son genou. La marche était normale. Dans les premiers jours d'avril, les craquements disparaissent, mais les douleurs surviennent et obligent le malade à interrompre son travail. Il se plaint d'une douleur localisée au côté interne qui ne se manifeste qu'à la marche. Pas de tuméfaction.

A l'examen, genou d'aspect normal. Flexion et extension normales. Aucun mouvement anormal, pas de signe du tiroir, pas d'adénopathie inguinale. Il existe un point douloureux très net sur la face interne du genou, à mi-chemin de la saillie du condyle et du bord rotulien. Il siège au-dessous de l'interligne. On perçoit à ce niveau une légère bosselure. A la radiographie, aucune lésion osseuse.

Le diagnostic porté est méniscite.

Intervention le 20 avril 1923 après repérage du point douloureux, incision longitudinale sur ce point, plan par plan. Tout à coup une masse dure fait hernie : c'est l'extrémité postérieure du ménisque rompu. Cette extrémité, désinsérée, est luxée en dehors et pend vers le bas contre le tibia. L'article est ouvert et l'on constate qu'il existe une rupture complète ; les deux bouts sont légèrement effilochés. La partie antérieure du ménisque est complètement réséquée, et la partie postérieure est dégagée et réséquée jusqu'au condyle à sa partie moyenne. Mais comme au delà le segment postérieur est très adhérent à la capsule, on ne l'enlève pas. Suture totale en plusieurs plans.

Le blessé quitte la clinique le 11^e jour.

Revu 6 mois après, il est complètement guéri et présente un genou de fonctionnement normal.

Observation VII. — Auvray

Ménisque en anse de seau

Femme. Elle fait une chute sur la tête en janvier 1920. Etourdie par le coup, elle ne peut dire si le genou a porté. La notion de traumatisme du genou reste donc assez imprécise. En mai 1921, elle fait un gros épanchement de synovie avec douleurs articulaires ; après traitement médical tout rentre dans l'ordre. Il persiste cependant de la limitation de la flexion et des craquements articulaires. A la fin de septembre, la malade en se promenant entend et perçoit un craquement dans le genou. Elle tombe et ne peut se relever. La douleur était telle qu'elle ne pouvait ni allonger ni plier la jambe. Pendant deux jours, elle resta le membre immobilisé, souffrant atrocement. C'est devant la douleur persistante et l'impotence qu'on décide d'intervenir. La douleur était surtout vive à la partie antérieure de l'interligne articulaire interne, immédiatement en dedans du tendon rotulien. Le genou demeurait en légère flexion et les tentatives pour l'étendre étaient très douloureuses.

On ouvre le genou à sa partie antéro-interne. Après ouverture de la synoviale, Auvray voit le cartilage semi-lunaire interne complètement détaché par sa périphérie du ligament latéral interne. Mais il est fixé encore en avant et en arrière par ses insertions tibiales normales. Il avait l'aspect d'une bande fibro-cartilagineuse flottant à l'intérieur de l'articulation à la façon d'une anse de seau. Il avait subi une torsion telle que son bord convexe qui normalement regarde en dedans, regardait en dehors, son bord mince, tranchant, regardant au contraire en dedans. Ménisectomie. Le cartilage présentait des lésions nettes de méniscite. Les surfaces du cartilage n'avaient plus leur aspect poli, le bord interne était irrégulier et on y voyait une petite saillie en forme de perle.

Récupération complète des mouvements articulaires.

Observation VIII. — Hallopeau

Genou à ressort. Extirpation du ménisque en luxation intermittente. Guérison

Fillette de 12 ans ayant fait une chute avec torsion du genou, pendant la guerre. Elle entre à l'hôpital le 10 avril 1923 pour des troubles douloureux de la marche n'ayant débuté que depuis 3 mois. La douleur était forte surtout dans les mouvements d'extension, si bien que la malade gardait son genou à demi fléchi. L'enfant marchait peu, la claudication était manifeste et un ressaut se produisait à chaque pas. A l'examen, le genou ne paraît pas augmenter de volume. Il y a cependant un léger épanchement avec choc rotulien. Le cul-de-sac supérieur n'est pas épaissi. La masse graisseuse sous-rotulienne l'est un peu. Il n'y a pas de mouvement de latéralité. L'extension se fait complètement, la flexion presque complètement. Mais en arrivant à l'angle droit on a l'impression d'un ressaut. Le quadriceps est un peu atrophié. La radiographie ne donne aucun renseignement. Diagnostic : luxation du ménisque externe.

Le 18 avril, intervention sous anesthésie générale. Incision externe un peu oblique de haut en bas et d'arrière en avant pour ménager les fibres aponévrotiques. La synoviale est ouverte. Elle est rouge et comme enflammée sur toute sa surface. On peut alors voir très aisément le mécanisme du ressaut qui se fait sous les yeux de l'opérateur. Il est dû à la partie postérieure du ménisque externe détachée de ses insertions et venant s'interposer entre le condyle et le plateau tibial. Résection de la partie postérieure du ménisque. Suture par plans. Mobilisation commencée au bout de 48 heures.

Sortie le 13 mai, la malade marchait bien et sans souffrir. Le résultat s'est maintenu bon.

Observation IX. — A. Martin

Désinsertion du ménisque interne. Ablation. Guérison

René C., 13 ans, en descendant un escalier en juin 1922, ressent une douleur vive dans le genou gauche. Blocage du genou en flexion se prolongeant pendant deux heures puis cessant spontanément et brusquement. Le lendemain, les mouvements articulaires reprennent leur amplitude. Du 20 au 30 juin, les mêmes phénomènes se reproduisent onze fois, durant cinq à vingt minutes, à tel point que l'on garde l'enfant alité. Massage quotidien.

Le 3 juillet, on examine le malade. Le genou est légèrement globuleux ; la rotule se déplace facilement dans le sens latéral ; à la palpation, légère douleur à l'insertion fémorale du ligament latéral interne. Au niveau de l'interligne, on sent une surface sensible sur une longueur de 3 centimètres dans le sens antéro-postérieur. Il n'est pas possible de reconnaître un ressaut, une saillie anormale. Enfin zone douloureuse correspondant à la zone d'insertion basse du ligament latéral interne.

La radiographie ne montre aucune lésion squelettique.

Diagnostic : Luxation du ménisque interne.

Intervention le 5 juillet 1922. Incision verticale latéro-rotulienne interne. La capsule semble un peu épaissie, déchiscente. Elle est incisée, il s'écoule une petite quantité de liquide. Le ménisque interne est épaissi, il est flottant. Il semble qu'il ait seulement conservé ses connections avec les épines tibiales.

Méniscectomie totale. Suites opératoires simples. Mobilisation passive et massage du quadriceps au bout de 48 heures. Mobilisation active le 4^e jour. Ablation des fils le 7^e jour, lever le 10^e.

Le 29 juillet, l'enfant partait en vacances. Depuis aucun incident, l'articulation fonctionne normalement, pas de mouvements de latéralité.

CONCLUSIONS

Les lésions traumatiques des ménisques de l'articulation du genou ne doivent pas être considérées comme des lésions très rares.

Leur diagnostic est facile dans les cas typiques. Dans les formes frustes le médecin peut, le cas échéant, recourir à la radiographie après pneumoséreuse articulaire.

Le diagnostic étant fait on essaiera un traitement médical loyal. Si on n'obtient pas un résultat satisfaisant, le malade, parfois véritablement infirme, bénéficiera d'un traitement chirurgical.

Celui-ci consistera dans l'exérèse totale du ménisque lésé.

Pour pratiquer cette intervention, les procédés qui respectent l'intégrité du ligament latéral interne, nous paraissent les plus à recommander. Et, parmi eux, nous insistons particulièrement sur la valeur du procédé décrit par Lasserre et Radoïevitch.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
P. BÉGOUIN.

Vu, et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 25 mai 1925.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — Ménisque en anse de seau. *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1923. N° 9, page 404.
- Extirpation d'un cartilage semi-lunaire détaché en anse de seau. Guérison. *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1925. N° 4, page 121.
- BAUMANN (Aaran). — Sur les résultats durables des lésions traumatiques des ménisques du genou, traitées par l'opération. *Arch. für Orthopädische und Unfallchirurgie*, fasc. 2, pages 250-308, t. XIX (Analyse in *Journal de Chirurgie*, 1922, t. XIX, N° 4, page 440).
- BILLET. — Rapport de Demoulin. *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, mai 1913.
- BIRCHER. — Contribution à la pathologie (Arthrite déformante) et au diagnostic des lésions des ménisques (Arthroendoscopie). *Bruns Beiträge zur Klin. Chirurgie*, tome CXXVII, N° 2, 1922.
- BRESSOT. — Société de Chirurgie de Lyon, décembre 1924 (in *Lyon Chirurgical*, 1925. N° 2).
- CHANAL. — Thèse de Lyon, 1919.
- COMBIER et MURARD. — (Rapport de Okinzie). *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1923. N° 30, page 1292.
- CHAUVIN et BOURDE. — La pneumoséreuse articulaire du genou dans le diagnostic des lésions méniscales. *Revue d'Orthopédie*, XII, mars 1925.
- DAMBRIN. — Etude sur les luxations des cartilages semi-lunaires du genou. *Revue de Chirurgie*, 1907. Page 426.
- DEJOUANY. — (Rapport de Lejars). *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 18 avril 1923. Discussion. *Ibidem* et N° 13, 15 avril 1923.

- DUJARIER. — *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 25 mars 1919.
- EAVES et CAMPICHI. — Notes sur les traumatismes des cartilages semi-lunaires. *Medical Record*, T. C. N° 26, décembre 1921.
- FREIBERG. — *The Journal of Orthop. Surgery*, tome III, N° 12, déc. 1921.
- GARY. — *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1913, N° 22, page 923.
- GLASS. — Résultats éloignés des extirpations pour lésions des ménisques. *Archiv. für Klin. Chirurgie*, 7 mai 1912, page 1099.
- GRAHAM. — Traitement non opératoire des luxations des cartilages semi-lunaires. *Annales of Surgery*, t. LXXVII, N° 6, juin 1923.
- GUILLERNAIN. — Thèse de Paris, 1913.
- GUIMY. — Les lésions des ménisques du genou. *Archives médicales belges*, tome LXXVI, N° 3, mars 1923.
- ISHIDO. — Sur les ménisques du genou. *Virchows Archiv für pathologische anatomie und physiologie und für Klinische Medizin.*, tome CCXLIV, 18 juillet 1923.
- JEAN. — Kyste du cartilage semi-lunaire externe du genou (Méniscite chronique pseudokystique). *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1924. N° 21, page 775.
- JONES et SMITH. — *Brit. Journal of Surgery*, juillet 1913.
- JONES (R). — *British medical journal*, 5 août 1916.
- LÈVÈQUE. — *Gazette des Hôpitaux*, 29 octobre 1910.
- LEROY. — Thèse de Paris, 1919.
- MAC NEILL LOVE. — *The British med. journal*, N° 3269, page 324, 1923.
- MARTIN. — *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1924. N° 18, page 670.
- MASSINI. — Les méniscites traumatiques. *Le Sud Médical et Chirurgical*, Marseille, tome LIV, N° 2010, avril 1922.
- MERCADÉ. — *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 6 mai 1919.
- MOUCHET. — *Id.*, 8 avril 1919.
- NAUGHTON-DUNN. — *The J. of Bones and Joints Surgery*, volume IV, N° 2, avril 1924.

- PATEL. — Rupture d'un ménisque du genou. Ablation des ménisques. *Lyon Chirurgical*, N° 2, mars-avril 1924.
- PAUZAT. — Etude sur le fonctionnement des ménisques intra-articulaire du genou. *Revue de chirurgie*, 1895, page 95.
- PHEMISTER. — Kyste du cartilage semi-lunaire du genou. *The Journal of the Am. med. association*, volume LXXX, N° 9, page 593, 1923 (Analyse in *Journal de Chirurgie*, 1923, N° 6, page 784).
- PICQUÉ et JAGUES. — Rupture du ménisque du genou. *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1924, N° 21, page 768.
- PINARDI. — *Archivio italiano di chirurgia*, t. IV, fasc. 5, d'éc. 1921.
- PUCCINELLI. — Lésions des ménisques du genou et syndrome méniscal. *La chir. degli org. di Mov.*, volume VII, 1923.
- ROCHER et CHARRIER. — *Gazette des Hôpitaux*, 1913.
- ROUX-BERGER. — *Presse Médicale*, 15 mai 1919, N° 28.
- SCHÆDEL. — Traumatisme des ménisques du genou. *München med. Wochenschrift*, N° 20, tome LXVIII, 1921, page 607. (Résumé in *Journal de Chirurgie*, 1922, tome XIX, N° 4, page 439).
- STEINMANN. — *Schweizerische Rundschau für Medizin*, N° 22, tome XXII.
- SURLS et OSGOOD. — *The Journal of Bone and Joint Surgery*, volume V, N° 4, page 635, 1923.
- TAVERNIER. — *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 17 février 1919. *Id.*, 1923, N° 34, page 1481. *Lyon Chirurgical*, juillet-août 1924. *Id.*, nov.-déc. 1923, p. 809. *Lyon médical*, vol. CXXXII, 25 août 1923. *Journal de Médecine et de chirurgie pratiques* (Paris), tome XCV, 10 juillet 1924.
- TIMBRELL-FISHER. — *The Lancet*, 12 mai 1923, volume CCIV, N° 5202. *Proceedings of the royal Society of Medicine* (Section chirurgie), N° 3, volume XVII, 1924.
- WILLARD ROBERTS. — *The journal of the Amer. med. assoc.*, N° 19, volume LXXIX, 1922.
-

CAHORS, IMPRIMERIE COUESLANT (*personnel intéressé*). — 30.049
